

# رابطه پزشک- بیمار: بوم‌شناسی معاینه گروهی بیماران در مطب‌های خصوصی شهر اهواز

معصومه شفاعتی<sup>۱</sup>، محمد جواد زاهدی<sup>۲</sup>

## مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** راه‌هایی که پزشک و بیمار از طریق آن با یکدیگر ارتباط دارند، تأثیر بسزایی بر کیفیت درمان و بهبود بیماری دارد. گرچه اکثر تحقیقات در تأثیر این روابط بر کیفیت مراقبت‌ها هم عقیده هستند، اما تحقیقات و کارهای عملی زیادی در ایران و در رابطه با این موضوع بسیار مهم انجام نشده است و به تازگی پدیده ویزیت گروهی در مطب‌های خصوصی پزشکان به ویژه مطب‌های متخصصان زنان و زایمان مرسوم شده است که به وضوح فاصله بسیاری با انواع الگوهای ارتباطی ایده‌آل بین پزشک و بیمار دارد.

**روش:** در پژوهش حاضر از راهبرد کیفی قوم‌نگاری بهره برده شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از روش کیفی مشاهده مشارکتی و در مرحله تجزیه و تحلیل داده‌ها از رویه تحلیلی کدگذاری نظری استفاده شد. جامعه هدف، زنان مراجعه کننده به مطب‌های خصوصی متخصصان زنان و زایمان شهر اهواز در نظر گرفته شدند که ۲۸ مورد از تعاملات این بیماران با پزشکان به شیوه نمونه‌گیری نظری انتخاب و مورد مشاهده قرار گرفت.

**یافته‌ها:** در مرحله کدگذاری، رفتار کلامی بیماران در قالب ۳ خرده مقوله پرسش سؤالات، ابراز نگرانی و اظهارنظر و پیشنهاد، ذیل مقوله اصلی «رفتار مشارکتی بیمار» قرار گرفتند و رفتار کلامی پزشکان نیز ذیل مقوله اصلی «رفتار مشارکتی پزشک» و مقوله‌های فرعی تشویق بیمار به صحبت بیشتر، احترام به عقاید و باورهای بیمار کدگذاری شد. رفتار غیر کلامی بیماران و پزشکان نیز در جریان تعاملات از طریق تکمیل کردن پروتکل مشاهده و نیز یادداشت‌های میدانی، ثبت و در تجزیه و تحلیل نهایی وارد شد.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس تحلیل داده‌های به دست آمده، موارد بسیار کم از تعاملات بیمار و پزشک در مطب‌های مورد بررسی، مصداق رفتار مشارکتی بود. این مورد در مطب‌هایی که در آن‌ها ویزیت گروهی انجام می‌شد به مراتب کمتر از مطب‌های دیگر مشاهده شد. شناخت جنبه‌های زیستی، اجتماعی و فرهنگی بیماری می‌تواند بر شیوه ارتباطی پزشک در برخورد با بیمار و درک بهتر مسایل و مشکلات جسمی و روحی آنان تأثیر گذار و حتی پزشک را در رسیدن به تشخیص صحیح و انتخاب و ارایه گزینه درمانی مناسب و کارآمد یاری کند.

**کلید واژه‌ها:** رابطه پزشک- بیمار، مطب خصوصی، بیماران، معاینه گروهی، مشاهده مشارکتی، بوم‌شناسی

**ارجاع:** شفاعتی معصومه، زاهدی محمد جواد. رابطه پزشک- بیمار: بوم‌شناسی معاینه گروهی بیماران در مطب‌های خصوصی شهر اهواز. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۲؛ ۲ (۱): ۴۱-۴۶.

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۲/۰۸

تاریخ دریافت: ۹۱/۱۰/۱۹

داشته باشد. این رابطه در میان انواع دیگر ارتباطات، رابطه‌ای منحصر به فرد و خاص است. مردم سلامت و بهبودی و گاه حتی زندگی خود را به پزشکان به امانت می‌سپارند. رابطه مؤثر

### مقدمه

به جز روابط و پیوستگی‌های بین اعضای یک خانواده، روابط کمی وجود دارد که اهمیتی به اندازه رابطه بین پزشک و بیمار

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم انسانی دانشگاه پیام نور مرکز تهران است.

۱- پژوهشگر اجتماعی، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور مرکز تهران، تهران، ایران

۲- دانشیار، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور مرکز تهران، تهران، ایران

Email: sa.shafati@gmail.com

نویسنده‌ی مسئول: معصومه شفاعتی

بیمار، توجه و همدلی با بیمار، پرسیدن سؤالات باز، گوش کردن فعال و استفاده از کلمات قابل فهم برای بیماران اثربخشی فرایند مصاحبه پزشکی و درمان و همچنین میزان رضایتمندی بیماران را افزایش دهند (۱۷). گرچه اکثر تحقیقات در تأثیر این روابط بر کیفیت مراقبت‌ها هم عقیده هستند، اما تحقیقات و کارهای عملی زیادی در ایران و در رابطه با این موضوع مهم انجام نشده است و با وجود این که این موضوع به عنوان یکی از به‌روزترین و مهم‌ترین موضوعات در تحقیقات اجتماعی دنیا مطرح می‌باشد، در ایران کمتر مورد توجه بوده است.

به طور تقریبی در همه مطالعات و حتی تحقیقات اندکی که در ایران انجام شده است بیشتر به روش‌های کمی و تنها به بررسی میزان رعایت حقوق بیماران توسط پزشکان و پرسنل بیمارستان‌ها و یا به بررسی میزان رضایت بیماران در بیمارستان‌های دولتی، خصوصی و آموزشی پرداخته شده است. در هیچ کدام از این تحقیقات به بررسی ارتباط پزشک و بیمار در مطب‌های خصوصی اشاره‌ای نشده است. البته تحقیقات گسترده‌ای در این باب در کشورهای توسعه یافته انجام گرفته که با وجود آن‌که به طیف گسترده‌ای از عوامل دخیل در این رابطه هم از دید پزشکان و هم بیماران پرداخته شده است، اما در این تحقیقات نیز بیشتر به بررسی این موضوع در بیمارستان‌های آموزشی و مراکز بهداشتی پرداخته شده که البته می‌تواند مربوط به شرایط خاص این کشورها در این زمینه باشد. این در حالی است که تعداد بی‌شماری از ملاقات‌ها و تعاملات بیماران با پزشکان خود در ایران، در مطب‌های خصوصی انجام می‌شود. نتیجه بررسی پرونده شکایات وارد شده به سازمان نظام پزشکی تهران، حاکی از آن است که بیشتر پزشکان و دندان‌پزشکان تهران که از آنان شکایت شده است، از نظر کارشناسان پزشکی قصوری مرتکب نشده‌اند و قسمت عمده‌ای از شکایات، مربوط به نتیجه تعامل نامناسب میان پزشک و بیمار بوده است (۱۸). تحقیقات نشان داده است، معایناتی که کمتر از ۱۰ دقیقه طول می‌کشد، از برقراری یک رابطه مناسب جلوگیری می‌کند و مانع از انجام یک معاینه کامل و حاکمی از دلسوزی بوده و

پزشک- بیمار یک اصل مهم بالینی بوده و براینکه این ارتباط در واقع قلب و هنر پزشکی است و همچنین ابزار اصلی برای انتقال و گسترش سلامتی به شمار می‌آید (۳-۱). سه هدف اصلی این ارتباط، تأمین یک رابطه بین فردی خوب، تسهیل در تبادل اطلاعات و تأثیر و حضور بیمار در روند تصمیم‌گیری است (۴-۶، ۱). ارتباطات خوب پزشک- بیمار توان بالقوه‌ای برای کمک به تعدیل احساسات بیماران و تسهیل درک اطلاعات پزشکی دارد و باعث شناخت بهتر نیازهای بیمار، میزان درک و میزان امیدواری می‌شود (۴، ۶، ۱).

مدل پزشکی به تازگی از الگوی پدرمآبی به الگوی فردگرایی تغییر جهت داده است. امروزه در کشورهای توسعه یافته «تبادل اطلاعات» الگوی غالب ارتباطی است و جنبش مصرف کننده سلامت، به متداول شدن مدل تصمیم‌گیری مشارکتی و ارتباط بیمار محور منجر شده است (۷، ۱). شرکت دادن بیماران در مشاوره این پتانسیل بالقوه را دارد که نتایج مضر مرتبط با تجویزهای نادرست را کاهش دهد (۸).

دیدگاه بیمار محور پزشکان را وادار می‌سازد که به امیدها، احساسات و عقاید بیماران در مورد بیماریشان توجه کنند. مطالعات حاکی از آن است که این دیدگاه مقبولیت درمان و میزان رضایتمندی را افزایش و شکایت از معالجه نادرست را کاهش می‌دهد (۹). یک عامل مهم‌تر و تأثیرگذارتر در سیستم بیمار محور (حتی بالاتر از رضایت بیمار) رضایت پزشک است (۱۰-۱۶، ۱). احتمال شکایت و نارضایتی و اعمالی با سوء نیت در بیماران رضایتمند از این فرایند، بسیار ضعیف است (۱۲-۱۰، ۱۴). رضایت بیماران امتیاز و محرکی برای پزشکان در جهت بهبود عملکرد پزشکی و کاهش استرس شغلی آنان است (۱۶، ۴).

رابطه پزشک- بیمار رابطه‌ای پیچیده است و اهمیت و ارزش زیادی در درمان بیماری و ناخوشی دارد. به نظر می‌رسد راه‌هایی که پزشک و بیمار از طریق آن با یکدیگر ارتباط دارند، تأثیر بسزایی بر کیفیت درمان و بهبود بیماری دارد. مهارت‌های ارتباطی جزء جدایی‌ناپذیر مهارت‌های بالینی پزشکان است. پزشکان می‌توانند با به کارگیری صحیح مهارت‌های ارتباطی کلامی و غیر کلامی مؤثر مانند احترام به

بیمار به عنوان پیش‌نیاز اولیه و شرط لازم برای یک مراقبت پزشکی خوب مورد توجه بسیاری است. علاوه بر این «اعتماد» از آن‌جا که بر رفتارها و نگرش‌های مهم بیماران، مانند تمایل به جستجوی مراقبت و درمان، کشف اطلاعات حساس، پیروی از توصیه‌های درمانی، موافقت با درمان و توصیه پزشکان به دیگران تأثیر می‌گذارد، جزء جدانشدنی و حیاتی اثربخشی و کارایی تعاملات درمانی است (۱۶).

در این مطالعه با استفاده از راهبرد کیفی قوم‌نگاری (Ethnography) سعی شد که ضمن تبیین پدیده‌های مرتبط با فرایند تعامل پزشک و بیمار و درک ارتباط آن‌ها، به کشف و شناسایی عوامل تسهیل‌گر و ممانعت‌کننده در این فرایند، پرداخته شود و به این وسیله تصویر روشن‌تری از الگوی ارتباطی غالب در مطب‌های خصوصی متخصصان زنان و زایمان در شهر اهواز فراروی مخاطب قرار داده شود.

### روش

روش تحقیق به کار گرفته شده در این پژوهش، روش تحقیق کیفی بود. تحقیق کیفی عبارت از مجموعه فعالیت‌هایی مانند مشاهده، مصاحبه و شرکت گسترده در فعالیت‌های پژوهشی است که هر کدام به نحوی محقق را در کسب اطلاعات دست اول درباره موضوع مورد تحقیق یاری می‌دهند. Glaser و Strauss (به نقل از Marshall و Rossman) بر این باور هستند که «اگر کسی نسبت به واقعیت‌های روزمره از ساختار اجتماعی و سیستم‌های اجتماعی حساس باشد و بخواهد در این باره داده‌هایی را جمع‌آوری نماید، مناسب‌ترین و معقول‌ترین روش تحقیق کیفی است» (۲۳). از آن‌جا که محتوای تحقیق حاضر، فرایندها و روابط متقابل میان افراد است که باید بررسی شود و با توجه به این اصل مهم در روش تحقیق که «مهم‌ترین دلیل انتخاب روش‌های کیفی، ماهیت مسأله پژوهش است» (۲۴)، بنابراین روش کیفی برای انجام این پژوهش می‌تواند بسیار مناسب باشد. در مطالعه حاضر از راهبرد کیفی قوم‌نگاری بهره گرفته شد که مشخصه اصلی آن عبارت از «شرکت آشکار یا مخفی پژوهشگر در زندگی روزمره مردم به مدت طولانی است و به طور کلی شامل

رضایت‌مندی بیماران را کاهش می‌دهد، بنابراین دلیل اصلی عدم رضایت بیماران و توده مردم از خدمات پزشکی، به طور عمده در عدم برقراری ارتباط صحیح پزشکان با بیماران است و در این زمینه کمبودهای حرفه‌ای کمتر مد نظر است. مسأله این است که به نظر می‌رسد پزشکان با برخورد خاص خود بیمار را که در یک وضعیت بحرانی به او متوسل شده است مورد معاینه کلیشه‌ای قرار می‌دهند. امروزه شیوه‌های نامناسب برای ویزیت بیماران در کشور، مانند ورود هم‌زمان چند بیمار به اتاق ویزیت و به دنبال آن معاینه و پرسش از بیمار توسط پزشک متخصص در حضور دیگر بیماران، در میان پزشکان متخصص زنان و زایمان بیشتر مشاهده می‌شود (۱۹). فراوانی این نوع ویزیت در کشور که به صراحت نقض اخلاق پزشکی و منشور حقوق بیمار در ایران به ویژه نقض بند ۴ این منشور است (۲۰)، در حال افزایش است و هر چند که در مطب‌های دیگر متخصصان نیز اتفاق می‌افتد و البته نوع رایج رابطه پزشک - بیمار در بیمارستان‌های آموزشی است، اما با توجه به گفته مسئولان جامعه پزشکی امروزه در مطب‌های متخصصان زنان و زایمان بیشتر دیده می‌شود و بسیار هم رایج شده است. در اهواز نیز این پدیده به طور تقریبی در بیش از ۹۰ درصد مطب‌های خصوصی متخصصان زنان و زایمان که پزشکان زن هستند در جریان است. آن‌چه در جریان مشاهدات اکتشافی به دست آمد نیز مؤید همین ادعا می‌باشد. راز بیمار باید بین پزشک و بیمار محرمانه باقی بماند، بنابراین معاینه یک بیمار و یا سؤال و جواب کردن وی در حضور بیماران دیگر صحیح نیست؛ چرا که باعث هتک حرمت و ایجاد استرس در بیمار می‌شود (۲۱). در بسیاری از موارد به دلیل ویزیت کردن تعداد زیادی از بیماران در فاصله زمانی کوتاه، بیماران نمی‌توانند پزشک را ببینند و فرصتی وجود ندارد که پزشک با صرف زمان مورد نیاز و ضروری بیمار را ویزیت کند و این امر عامل مهمی در ایجاد اختلال در تشخیص بیماری‌ها است (۲۲). ویزیت گروهی و به دنبال آن از بین رفتن حریم خصوصی بیمار باعث سلب اعتماد بیمار نسبت به پزشک و کاهش رضایت آن‌ها از ارائه خدمات بهداشتی و درمانی توسط پزشک متخصص می‌شود. اعتماد در رابطه پزشک -

جمع‌آوری کلیه داده‌هایی است که برای روشن کردن موضوع مورد توجه پژوهشگر، در دسترس وی قرار دارند» و «به تمامی یا تا حدی متکی بر مشاهده مشارکتی است» (۲۴).

امتیاز اصلی قوم‌نگاری در همین جنبه مشاهده‌ای آن نهفته است؛ چرا که پژوهشگر علاوه بر شنیدن اظهارات افراد، کنش‌های آن‌ها را نیز به طور عملی مشاهده می‌کند و این امر بر عمق و غنای داده‌های جمع‌آوری شده می‌افزاید (۲۴). در تحلیل کیفی، پژوهشگران باید بتوانند معنی‌دارترین بخش‌های داده‌ها را سازماندهی، مدیریت و بازبایی کنند و برای این کار به طور معمول بر اساس مفاهیم، برچسب‌ها و نشانه‌هایی به داده‌ها اختصاص می‌دهند. در واقع آن‌چه که در این مرحله انجام می‌گیرد، فشرده ساختن داده‌ها در واحدهایی قابل تحلیل از طریق ایجاد مقوله‌هایی از داده‌ها است. این فرایند کدگذاری نامیده می‌شود. بر این اساس برای جمع‌آوری داده‌ها از روش کیفی مشاهده مشارکتی و در مرحله تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از روش تحلیلی کدگذاری نظری استفاده شد. جامعه هدف، زنان مراجعه کننده به مطب‌های خصوصی متخصصان زنان و زایمان شهر اهواز در نظر گرفته شد که ۲۸ مورد از تعاملات این بیماران با پزشکان به شیوه نمونه‌گیری نظری انتخاب و مورد مشاهده قرار گرفت.

#### کدگذاری رفتار غیر کلامی

مصاحبه پزشک - بیمار در واقع تعاملی دو نفره به صورت مکالمه است و دو کاربرد درمانی و تشخیصی دارد. محتویات این مصاحبه شامل دو بخش کلامی (آن‌چه که بیان می‌شود) و غیر کلامی (تماس چشمی، حالات چهره و حرکات بدن) است. زندگی روزمره ما خود به خود پدید نمی‌آید. همه ما بی آن‌که بدانیم، در کنش متقابلی که با دیگران داریم حالت چهره و وضع حرکات بدنمان را به دقت و به طور مداوم کنترل می‌کنیم. علایم غیر کلامی، نه تنها احساسات فرد را به تصویر می‌کشند، بلکه اغلب نشان می‌دهند او چگونه با احساسات کنار می‌آید. احساسات افراد نسبت به روابطشان به طور اساسی از طریق رفتارهای غیر کلامی آنان منتقل می‌شود. به طور مثال نحوه نشستن پزشک و زاویه‌ای که پزشک و بیمار هنگام نشستن با هم دارند یک رفتار غیر

کلامی از سوی پزشک است. به این معنی که چنان‌چه زاویه‌ای ۹۰ درجه با بیمار بسازد، از نگاه خیره به بیمار اجتناب کرده و این خود به بیمار آرامش می‌دهد و از استرس بیمار می‌کاهد؛ چرا که اگر پزشک به طور مستقیم و خیره در چشمان بیمار نگاه کند، باعث ناراحتی و استرس بیشتر بیمار می‌شود و بیمار نمی‌تواند به راحتی صحبت کند. اگرچه هنوز علت این تأثیرات بر رفتار افراد مشخص نشده است، اما ممکن است به این دلیل باشد که دوست داشتن را علامت داده و یا اشتیاق فرد را می‌رساند و در کل به صورت یک عامل تشویق کننده عمل می‌کند.

تجزیه و تحلیل رفتار غیر کلامی به مراتب دشوارتر از رفتار کلامی است. پس از مطالعه ادبیات تجربی و نظری تحقیق و ارتقای حساسیت نظری، پروتکل مشاهده تنظیم شد و رفتار غیر کلامی بیماران و پزشکان در جریان تعاملات آن‌ها با یکدیگر از طریق تکمیل کردن این پروتکل مشاهده (مشاهده‌نامه) و نیز یادداشت‌های میدانی، ثبت شده و سپس اطلاعات به دست آمده مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در پروتکل مذکور مواردی مانند نحوه نشستن، وضعیت بدنی، حالت چهره، تماس چشمی و پوشش و ظاهر افراد لحاظ شد.

#### نمونه‌گیری نظری

«نمونه‌گیری نظری» در سال ۱۹۶۷ توسط Glaser و Srauss (به نقل از Flick) ابداع شد (۲۵) که طبق آن نمونه‌گیری از موردها حین جمع‌آوری و تفسیر داده‌ها و «با توجه به مفاهیم پدیدار شده از دل داده‌ها» (۲۴) صورت می‌گیرد. پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها، از مشاهدات اولیه در مطب شماره ۱ که بر مبنای اطلاعات زمینه‌ای کسب شده انتخاب شده بود، سؤالاتی مطرح شد که محققان را به استفاده از روش «الاکلنگی یا تناوبی» سوق داد. به زعم Strauss و Corbin (۲۶)، در جریان جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها در روش کیفی گاهی سؤالاتی برای محقق پیش می‌آید که در داده‌ها و یادداشت‌های جمع‌آوری شده وی هیچ جوابی برای آن‌ها وجود ندارد. در این مرحله استفاده از روش الاکلنگی می‌تواند به محقق کمک کند تا فلج فکری خود را بشکند. روش الاکلنگی

یعنی «انجام مقایسه در دو نقطه مقابل روی یک بعد» (۲۶) و وارونه کردن شرایط برای ایجاد فضای مقایسه‌ای بیشتر.

در شهر اهواز مطب‌های خصوصی پزشکان و مجتمع‌های پزشکی خصوصی به طور کلی در دو نقطه اصلی یکی خیابان سلمان فارسی یا همان نادری و دیگری خیابان شهید چمران یا همان کیانپارس متمرکز شده‌اند. نادری در مرکز شهر قرار دارد و اکثر ساکنان اهواز به نسبت راحت می‌توانند به آن دسترسی داشته باشند. ویژگی خاص مطب شماره ۱ آن بود که این مطب در منطقه نادری واقع شده بود و به طور تقریبی از تمام نقاط شهر دسترسی به آن به نسبت آسان بود. افرادی نیز که از دیگر نواحی خوزستان برای معاینه به اهواز مراجعه می‌کنند، راحت‌تر از دیگر نقاط شهر می‌توانند به مطب‌هایی که در مرکز شهر (یعنی نادری) واقع شده‌اند دسترسی داشته باشند. پس ممکن است اکثر بیمارانی که به این مطب مراجعه می‌کنند در شهرستان‌ها و یا شهرک‌ها و روستاهای اطراف اهواز و در واقع در مناطقی سکونت داشته باشند که از موقعیت اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی به نسبت پایین‌تری در مقایسه با منطقه کیانپارس برخوردار هستند.

کیانپارس از مناطق بالا و مرفه شهر اهواز محسوب می‌شود و دسترسی به آن زمان و هزینه بیشتری را بر افرادی که در آن منطقه سکونت ندارند تحمیل می‌کند. بنابراین اکثر افرادی که به مطب‌های پزشکان در آن منطقه می‌روند بیشتر افرادی هستند که در منطقه کیانپارس و کیان‌آباد و مناطق نزدیک به آن زندگی می‌کنند و از پایگاه اقتصادی و اجتماعی به نسبت بالاتری برخوردار هستند. بنابراین ممکن بود که تعامل بین پزشک و بیمار در این منطقه متفاوت باشد. بر این اساس به انتخاب نمونه بعدی از مطب‌هایی که در منطقه کیانپارس بودند، پرداخته شد. علاوه بر این که مکان مطب‌ها از لحاظ جغرافیایی متفاوت بودند، سعی بر آن شد که از میان مطب‌های منطقه کیانپارس، مطبی انتخاب شود که از لحاظ شرایط ویزیت نیز متفاوت باشد. با اطلاعاتی که از مشاهدات اکتشافی و مصاحبه با افراد مطلع به دست آمده بود، مطب شماره ۲ انتخاب شد. در این مطب ویزیت به صورت انفرادی انجام می‌شد و بر خلاف مطب قبلی برای بیمار پرونده

پزشکی تشکیل می‌شد و پزشک تشخیص خود را در این پرونده ثبت می‌کرد، نوبت‌ها بر خلاف مطب قبلی که روزانه بود از قبل تعیین می‌شد. در روز بین ۱۸ تا ۳۰ بیمار ویزیت می‌شدند؛ در حالی که در مطب شماره ۱ روزانه بین ۴۰ تا ۶۰ بیمار ویزیت می‌شدند. بیماران بیشتر ساکن کیانپارس و یا محله‌های نزدیک به آن بودند. همراهان بیماران اجازه داشتند وارد اتاق انتظار و در صورت تمایل بیمار، همراه بیمار وارد اتاق پزشک شوند؛ در حالی که در مطب قبلی به دلیل آن که ویزیت گروهی انجام می‌شد همراهان حق ورود به اتاق پزشک را نداشتند و ورود آقایان حتی به اتاق انتظار هم ممنوع بود. ویزیت بیماران نیز مدت زمان بیشتری نسبت به مطب قبلی طول می‌کشید. این موارد نشان می‌داد که در مطب شماره ۲ ضوابط ارتباط با بیمار که بر پایه رویکرد «بیمار محور» است مانند: تشکیل پرونده پزشکی برای بیمار، ویزیت انفرادی بیمار و احترام به حریم خصوصی بیمار، حق ورود افراد مورد اعتماد بیمار به اتاق پزشک در صورت تمایل بیمار، اختصاص زمان بیشتر به بیمار هنگام ویزیت، گوش دادن فعالانه پزشک به صحبت‌های بیمار، نوبت‌دهی با تعیین وقت قبلی و معطلی کمتر بیماران، احترام به وقت بیمار و حضور به نسبت به موقع پزشک در مطب بیشتر رعایت می‌شد.

بعد از مشاهدات و انجام مصاحبه‌ها در این مطب سؤالاتی برای محققان مطرح شد که برای دستیابی به پاسخ برای آن‌ها باید مطب دیگری انتخاب می‌شد. مطبی که در همان منطقه کیانپارس واقع شده باشد، ولی شرایطی مشابه مطب شماره ۱ داشته باشد؛ چرا که با توجه به اطلاعات به دست آمده از مشاهدات اولیه و نیز گفتگوهای غیر رسمی با بیمارانی که در اتاق انتظار بودند، معلوم شد که در اکثر مطب‌هایی که در منطقه کیانپارس هستند نیز همان شرایط مطب شماره ۱ حاکم است، بی توجه به آن که بیمار از چه قشر اجتماعی - اقتصادی باشد و یا چه سطح تحصیلاتی داشته باشد. مشاهده تعامل بیمارانی که در این منطقه و با پایگاه اجتماعی بالاتر، به چنین شرایطی تن داده‌اند نیز می‌توانست به تحلیل نتایج تحقیق کمک کند.

مطب شماره ۴ نیز بر مبنای همان دلایل قبلی و با مدد

گرفتن از اطلاعات زمینه‌ای در منطقه نادر و با شرایطی مشابه مطب شماره ۲ انتخاب شد. مبنای تنوع و گوناگونی مشارکت کنندگان نیز سن، قومیت، محل سکونت، تحصیلات، وضعیت اشتغال، علت مراجعه به پزشک و تعداد دفعات مراجعه به پزشک در نظر گرفته شد؛ چرا که این احتمال به ذهن می‌رسید که ممکن است هر کدام از این عوامل بر رابطه پزشک و بیمار و نحوه عملکرد بیماران در مواجهه با سبک ارتباطی غالب در این مطب‌ها مؤثر باشند. به این ترتیب انتخاب شرکت کنندگان بر اساس ملاک‌هایی صورت گرفت که با سؤال پژوهش در ارتباط باشند. پس از انتخاب نمونه اول و جمع‌آوری داده‌ها از آن و تجزیه و تحلیل این داده‌ها، پژوهشگر تصمیم گرفت که کدام مورد را به عنوان نمونه دوم انتخاب کند. این روند ادامه می‌یابد تا زمانی که محقق متقاعد شود که مشاهده تعاملات بیشتر، چیزی به داده‌های جمع‌آوری شده اضافه نخواهد کرد. به این مرحله «کفایت نظری و اشباع» گفته می‌شود که در نهایت پس از ۲۸ مورد مشاهده، از لحاظ تنوع و گوناگونی مطب‌ها و مشارکت کنندگان اشباع نظری حاصل شد.

#### جمع‌آوری داده‌ها

مشاهده کیفی به لحاظ بنیادی ماهیتی طبیعت‌گرا دارد و در زمینه طبیعی بروز رخدادها و میان بازیگرانی که به طور طبیعی در تعامل هستند، انجام می‌گیرد؛ در صورتی که جمع‌آوری داده‌ها از طریق مشاهده امکان‌پذیر باشد، مشاهده فعالیت‌های افراد و ثبت این مشاهدات برای پژوهش سودمندتر از جمع‌آوری همان اطلاعات از طریق مصاحبه است (۲۴). همان‌طور که اشاره شد، در این پژوهش از روش مشاهده مشارکتی استفاده گردید. مشخصه بارز این روش آن است که «محقق بی هیچ مقدمه و تدارکی به طور مستقیم وارد میدان می‌شود» و فرایند کار شامل ۳ مرحله است: ۱- مشاهده توصیفی: که در ابتدای این فرایند قرار دارد و محقق را با میدان مورد مطالعه آشنا می‌کند، ۲- مشاهده متمرکز: که نگاه محقق را بر فرایندها و مشکلاتی متمرکز می‌کند که برای پرسش‌های او بیشترین اهمیت را دارد و ۳. مشاهده گزینشی: که در مراحل پایانی جمع‌آوری داده‌ها انجام می‌شود

و به دنبال یافتن مثال‌های بیشتری برای انواع اعمال و فرایندهایی است که در مرحله دوم پیدا نشدند (۲۵). در جریان مشاهدات مشارکتی، در مطب‌هایی که مشاوره‌های پزشکی به صورت گروهی (ویزیت هم‌زمان چند بیمار با هم) صورت می‌گرفت (مطب شماره ۱ و ۳)؛ محقق به عنوان بیمار، به همراه دیگر بیماران وارد اتاق پزشک می‌شد و جریان تعاملات و مشاوره‌ها از طریق دستگاه ضبط صدا، توسط محقق ضبط می‌شد. از آن‌جا که در این مطب‌ها بیماران با علم به این که صحبت‌های آن‌ها با پزشک در حضور دیگر بیماران انجام می‌شود و در نتیجه چند نفر دیگر نیز شاهد مشاوره آن‌ها هستند، به صحبت در مورد مشکل و بیماری خود می‌پرداختند. ضبط تعاملات چند بیمار به صورت هم‌زمان صورت می‌گرفت و بعد از تمام شدن ویزیت و در راستای رعایت موازین اخلاقی در تحقیقات علمی از بیماران اجازه گرفته می‌شد تا از داده‌های به دست آمده ضبط شده از تعاملات ایشان با پزشک در تحقیق استفاده شود و در مواردی که بیماران تمایلی به این کار نداشتند فایل صوتی ضبط شده در حضور ایشان پاک شده و داده‌ها در جریان تحقیق وارد نمی‌شدند. این روند به محققان کمک می‌کرد تا جریان تعاملات را در فضایی طبیعی و بدون سوگیری‌های احتمالی بیماران و پزشکان مورد بررسی و مشاهده قرار بدهند، اما در مطب‌هایی که بیماران به صورت انفرادی ویزیت می‌شدند، مشاهده و ضبط جریان تعامل پزشک و بیمار با هماهنگی بیمار و کسب اجازه از وی انجام می‌شد و محقق در این موارد به عنوان همراه بیمار وارد اتاق پزشک می‌شد. بدین ترتیب در این مرحله رفتار کلامی و غیر کلامی بیماران و پزشکان در جریان تعاملاتشان با یکدیگر در اتاق پزشک ثبت و ضبط می‌گردید. رفتار کلامی با استفاده از دستگاه ضبط صدا ثبت می‌شد و سپس تا کمتر از ۴۸ ساعت بعد از مشاوره، بر روی کاغذ پیاده و به متن تبدیل می‌شدند. رفتار غیر کلامی با تکمیل کردن پروتکل مشاهده (مشاهده‌نامه) بلافاصله پس از خارج شدن از مطب ثبت می‌گردید. علاوه بر داده‌هایی که با استفاده از روش‌های فوق جمع‌آوری شدند، از داده‌های حاصل از یادداشت‌برداری‌های



میدانی، خاطرات تحقیق و اطلاعات زمینه‌ای نیز بهره گرفته شد؛ چرا که «یادداشت‌های پژوهشگر کیفی در جریان پژوهش شامل توصیف رخدادها، محیط، رفتارها و ... نیز بخش مهمی از داده‌های پژوهش کیفی محسوب می‌شوند» (۲۴) و می‌توانند اطلاعات ارزشمندی درباره تجربه‌هایی که از تحقیق وجود دارند در اختیارمان قرار دهند (۲۵).

### رویه تحلیلی

در مرحله تجزیه و تحلیل داده‌ها، اساسی‌ترین کار مشخص کردن طبقه‌های افراد، کارها، رویدادها و ویژگی‌های آن‌ها است تا از این طریق محقق به تدریج با آنچه هست و علت‌ها بیشتر آشنا شود. بدین ترتیب محقق می‌تواند پس از مشخص کردن طبقه‌ها و گروه‌ها، آن‌ها را نام‌گذاری نماید و به یکدیگر مرتبط سازد (۲۳). این فرایند «کدگذاری نظری» نامیده می‌شود که توسط Glaser و Strauss در سال ۱۹۶۷ ابداع شد. کدگذاری به طور کلی عملیاتی است که طی آن داده‌های جمع‌آوری شده خرد شده، سپس مفهوم‌پردازی می‌شوند و به روش‌های جدید دوباره به یکدیگر متصل می‌گردند (به نقل از Strauss و Corbin) (۲۶).

### یافته‌ها

#### رفتار کلامی

پس از کدگذاری اولیه و تبدیل داده‌های خام به مفاهیم و سپس طبقه‌بندی مفاهیم هم‌معنا، در ذیل مقوله‌های فرعی، ۳ خرده مقوله به دلیل پتانسیل تأثیر روی رفتار و تصمیمات پزشک، ذیل مقوله اصلی «رفتار مشارکتی بیمار» قرار گرفتند که عبارتند از:

۱- پرسش‌سؤالات: شامل عباراتی با فرم سؤالی که با هدف جستجوی اطلاعات و توضیحات بیشتر از سوی بیمار بیان می‌شد. از قبیل این‌که: «کی باید برای چکاپ بعدی پیام؟»، «کی باید دوباره سونو بدهم؟»، «خانم دکتر جلسه بعدی کی باید پیام، چندم باید پیام؟»، «خانم دکتر این آزمایشی که برام نوشتید برای کی هستش؟ کی باید انجامش بدم؟»، «خانم دکتر به نظرتون مشکل من مسمومیت حاملگی نیست؟»، «خانم دکتر راه دیگه‌ای غیر از عمل نیست؟»،

«می‌خوام بدونم احتمالش چند درصده؟»، «خانم دکتر توصیه‌ای برای قبل از زایمانم ندارید؟» و «چه علایمی رو اگه دیدم به محض دیدنش برم بیمارستان؟».

۲- ابراز نگرانی: شامل عباراتی که در آن‌ها بیمار به بیان نگرانی، اضطراب، ترس، عصبانیت، ناکامی و اشکال دیگر احساسات منفی و یا هیجانات خود می‌پرداخت. از قبیل این‌که «از این درد دیگه خسته شدم»، «آخه سر اون بچم دیابت بالا بود حالا سر این بچم پلاکت پایین، نگرانم»، «من همیشه فشارم در طول عمرم ۹ بوده حالا رسیده به ۱۰ و ۱۱، استرس دارم برای بچم مشکلی پیش نیاد»، «دکتر من نمی‌خوام دیگه درد بکشم. از دیشب تا حالا استرس دارم» و «می‌خواهیم دهن مردمرو ببندیم، آخه شوهرم یه بچه داره... مشکل این‌جاست که هر کی می‌گه نگاه کن شاید من نازا هستم».

۳- اظهار نظر و پیشنهاد: شامل عباراتی که در آن بیمار حقوق خود، اعتقادات، تمایلات و آرزوهایش را در قالب ارایه یک پیشنهاد، نظر، اختلاف نظر و یا انتقاد ابراز می‌داشت. برخی داده‌های خام به دست آمده از مشاوره‌ها از این قرار هستند: «می‌خوام اگه می‌شه شوهرم هم بیاد داخل شما براش توضیح بدید، آخه نگرانم؟»، «خانم دکتر برام فیفول و کلسیم بنویسید»، «خانم دکتر اگه می‌شه می‌خواستم خصوصی باهاتون صحبت کنم»، «دیگه نمی‌تونم پیام این آخرین بارمه که میام، بچه کوچیک دارم نمی‌تونم تنه‌اش بذارم»، «خوب خانم دکتر نظرخواهی می‌خوام، برای من که پلاکت پایین، طبیعی بهتره یا سزارین؟»، «خانم دکتر این شکم‌بند برای سزارین؟ من می‌خوامش... نمی‌خوام شکم بد بشه، می‌رم سرکار زشته» و «خودتون گفتید همین رژیمرو ادامه بدم».

رفتار کلامی پزشکان نیز کدگذاری شد و پس از تشکیل مفاهیم و طبقه‌بندی آن‌ها، مقوله‌های فرعی ذیل مقوله اصلی «رفتار مشارکتی پزشک»، بدین ترتیب قرار گرفتند:

۱- تشویق بیمار به صحبت بیشتر: شامل عباراتی که در آن پزشک به تقاضا، ترغیب و یا توجیه کردن بیمار برای تلاش به سمت اظهار نظر، طرح سؤالات، صحبت در مورد احساسات و مشارکت در تصمیم‌گیری می‌پرداخت. برخی

داده‌های به دست آمده از مشاوره‌ها به شرح زیر هستند: «پروین جون زن داشسته؟ هر روز بهم اس/ام/اس می‌ده، حرکت بچه‌رو می‌گه»، «شوهرت کجا کار می‌کنه؟ مشکل خاصی که نداری هان؟»، «ماشاله امروز خیلی خوشگل‌تر شدی رؤیا جون، با لیلا فامیل بودی؟»، «خوب کبری جان کجای اهواز زندگی می‌کنی؟ پله‌ها مشکلی نبود برات بالا اومدنش؟»، «می‌خوام اورژانسی نشی خدای نکرده خوب. هر مشکلی داری بگو و هر مشکلی هم داشتی سریع مراجعه کن خوب؟» و «باید بستری بشی خوب؟ بیمارستانش هم خصوصی هست، هم دولتی... حالا هر کدام که می‌خواستید».

۲- احترام به عقاید و باورهای بیمار: شامل عباراتی که حاوی پرسش‌هایی است که با اعتقادات و امیدهای بیماران مطابقت دارد و آن‌ها را به طرح نظرات، اولویت‌ها و درخواست‌هایشان تشویق می‌کند. برخی داده‌های خام به دست آمده از مشاوره‌ها از این قرار بودند: «هو/انشاله حتماً بچه‌دار خواهی شد، نگران نباش. رقیه جان انشاله توکلت به خدا باشه»، «عزیزم دنبال مقصر نباش. ما به هدفمون می‌رسیم، اما این‌که کی به این هدف می‌رسیم مشخص نیست... به خدا توکل کن» و (در پاسخ به سؤال بیمار) «چون هنوز جوونی، سنت کمه، وزنت خوبه، همه این فاکتورایی که لازمه‌رو داری نگران نباش».

### رفتار غیر کلامی

همان طور که در قسمت روش تحقیق اشاره شد، رفتار غیر کلامی بیماران و پزشکان در جریان تعاملاتشان از طریق تکمیل کردن پروتکل مشاهده ثبت شد. نمونه‌ای از یک پروتکل مشاهده (مشاهده‌نامه) که در جریان تعامل یکی از بیماران با پزشک شماره ۱ تکمیل شده است، در جدول ۱ و نمونه دیگر که جریان تعامل یکی از بیماران با پزشک شماره ۲ است در جدول ۲ آورده شده است.

### بحث

در مطب‌های مورد بررسی در مقایسه با دیگر گونه‌های رفتار کلامی (به طور مثال دادن اطلاعات در رابطه با علایم بیماری توسط بیمار، پرسش سؤالات تکنیکی و ارایه اطلاعات

پزشکی توسط پزشک) رفتار مشارکتی بیمار و پزشک، به نسبت خیلی کم اتفاق می‌افتاد. در واقع موارد بسیار کمی از صحبت‌های بیمار و پزشک، مصداق رفتار مشارکتی بود. این مورد در مطب‌های شماره ۱ و ۳ به مراتب کمتر از مطب‌های شماره ۲ و ۴ بود. به این معنی که در مطب‌های شماره ۱ و ۳ تلاش کمتری چه از سوی بیماران و چه پزشکان برای ایجاد شرایط یک رابطه مشارکتی متقابل صورت می‌گرفت. حتی زمانی که پزشک فرصتی به بیمار برای اظهار نظر و یا ابراز ناراحتی خود می‌داد، بیمار تلاش زیادی برای استفاده از این موقعیت نمی‌کرد. در مطب‌های شماره ۲ و ۴ شرایط تا حدودی به سمت ایجاد مشارکت متقابل متمایل‌تر بود، هر چند در این مطب‌ها هم مشارکت متقابل کاملی مشاهده نشد، اما زمان بیشتر و ویژگی انفرادی و نیز تشکیل پرونده که از مصادیق رعایت اخلاق پزشکی است، به هر دو طرف به ویژه به بیماران این فرصت را می‌داد که به بیان سؤالات و یا خواسته‌های خود با آرامش بیشتری بپردازند که این خود منجر به ایجاد رابطه‌ای متمایل به رابطه مشارکتی می‌شد.

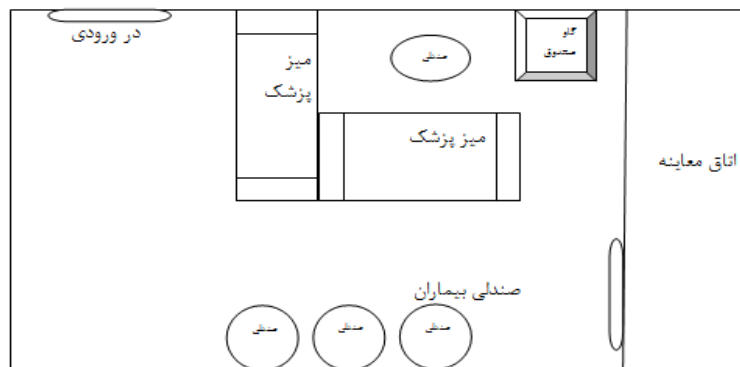
در موارد «ویزیت گروهی» درست است که بیمار به طور انفرادی عمل می‌کند، اما در عین حال متوجه است که دیگران در حال تماشای او هستند. در واقع، وقتی بیمار وارد اتاق پزشک می‌شود و می‌بیند که در آن تعدادی افراد غریبه نیز حضور دارند، با ناراحتی احساس می‌کند که چشم‌های زیادی بر روی او متمرکز شده‌اند، به ویژه زمانی که نوبت ویزیت وی می‌رسد، او مجبور است با در نظر گرفتن حضور دیگر بیماران و تحمل بار نگاه آنان با پزشک وارد تعامل و گفتگو شود. تأثیر «حضور دیگران» بر رفتار بیمار در جریان تعامل با پزشک که در شرایط «ویزیت گروهی» اتفاق می‌افتد را می‌توان با مبحث [اثرات گروه تماشاچیان (Audience)] توضیح داد.

بسیاری از مردم در حضور یک عده تماشاگر احساس ترس و اضطراب می‌کنند. Borden (۲۷) در تحقیق زمینه‌یابی خود در مورد ترس در مردم نشان داد که سخن گفتن در برابر جمع، بیشتر از مکان‌های بلند، تاریکی، تنهایی، بیماری و حتی مرگ در آن‌ها ترس ایجاد می‌کند. به گفته Cottrell (به نقل از



# جدول ۱. نمونه پروتکل مشاهده، مطب شماره ۱

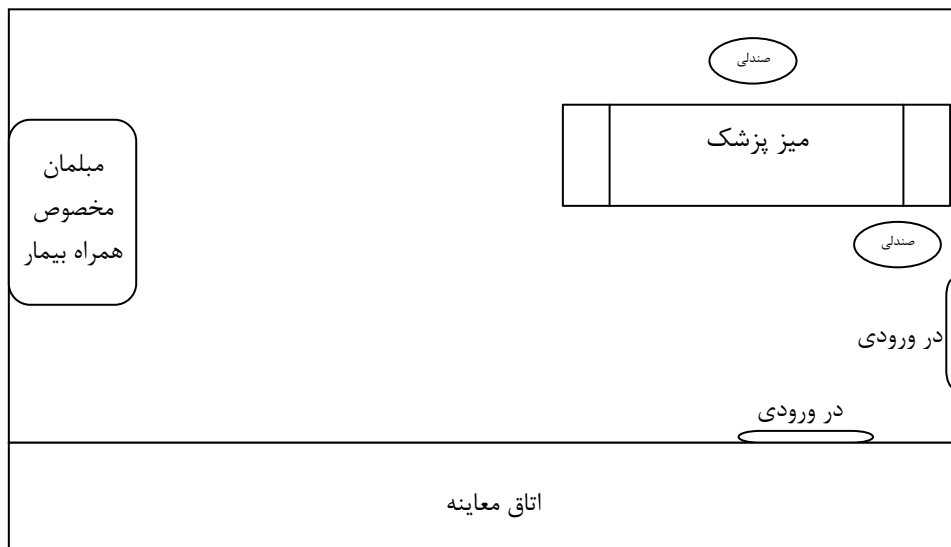
مشاهده شماره ۶، مطب شماره ۱	
طول مدت مشاوره: ۲ دقیقه و ۲۰ ثانیه	
نام مستعار و مشخصات بیمار: زینب، جوان، حدود ۲۵ یا ۲۶ ساله، برای مشکل نازایی مراجعه کرده است	
یادداشت‌های توصیفی	یادداشت‌های تحلیلی
مشاهده چیدمان اتاق و شرایط فیزیکی در پایین صفحه	زاویه‌ای که پزشک و بیمار هنگام نشستن روی صندلی با هم می‌سازند زاویه ۱۸۰ درجه است که زاویه خوبی نیست؛ چرا که باعث می‌شود وقتی پزشک به بیمار نگاه می‌کند، حالت خیره شدن پیدا کند و بیمار احساس خوبی نداشته باشد. فاصله پزشک و بیمار به نسبت زیاد است. میز پزشک و صندلی بیماران طوری چیده شده است که هر کدام از بیماران که بخواهند به اتاق معاینه بروند یا از اتاق پزشک بیرون بروند باید از وسط میز پزشک و بیماران که نشسته‌اند رد شوند. به نظر می‌رسد که این مورد باعث قطع رابطه پزشک و بیمار می‌شود.
بیمار زمانی که بیمار قبلی از اتاق معاینه بیرون آمده و در حال بیرون رفتن از اتاق پزشک است، از روی صندلی خود بلند می‌شود و با حالتی مضطرب به طرف میز پزشک می‌رود. بیمار دیگری از جای خود بلند می‌شود و جای زینب می‌نشیند تا بعد از زینب نوبتش شود.	به نظر می‌رسد بیمار از شلوغی اتاق ناراحت است. چهره‌اش مضطرب نشان می‌دهد. شاید هم بیمار احساس می‌کند فاصله زیادی با پزشک دارد و پزشک به او توجه نمی‌کند یا احساس می‌کند پزشک حرف‌های او را نمی‌شنود.
منشی مشکل بیمار را برای پزشک توضیح می‌دهد. بیمار به میز پزشک می‌چسبد و کمی خود را به سمت پزشک می‌کشد.	چسبیدن به میز پزشک: به نظر می‌رسد بیمار دوست ندارد دیگران (۳ بیمار دیگر در اتاق هستند) صحبت‌های او را با پزشک بشنوند. شاید خجالت می‌کشد.
منشی به پزشک به اشتباه می‌گوید که بیمار عکس می‌خواهد. بیمار نگاه معنی‌داری به منشی می‌اندازد و به پزشک می‌گوید که نه عکس گرفتیم.	بعید می‌دانم بیمار از این که منشی نمی‌گذارد که او حرف بزند راضی باشد. از نگاهش به منشی می‌شود این را فهمید.
پزشک وقتی با بیمار حرف می‌زند، در حال نگاه کردن به عکس است و به بیمار نگاه نمی‌کند	شاید برای همین است که بیمار خود را مدام به سمت پزشک خم می‌کند. پزشک به ندرت به بیمار نگاه می‌کند.
زمانی که پزشک با زینب صحبت می‌کند دو نفر از منشی‌ها هر کدام از یک سمت اتاق با یکدیگر صحبت می‌کنند: یکی وزن یکی از بیمار را که باردار است اندازه می‌گیرد و از آن سمت به منشی دیگر که کنار پزشک ایستاده با صدای بلند اعلام می‌کند تا در دفتر ثبت کند.	به نظر می‌رسد بیمار از شلوغی اتاق خیلی ناراحت است. با حالتی عصبانی به منشی‌ها نگاه می‌کند. شاید اگر فرد دیگری بود اعتراض می‌کرد. البته به نظر می‌رسد برای پزشک هم مهم نیست که اتاق این همه شلوغ است و منشی‌ها این قدر بلند صحبت می‌کنند که ممکن است حواس پزشک یا بیمار پرت شود، اما پزشک هم به این رفتار منشی‌ها اعتراض نمی‌کند. شاید به همین دلیل بیمار هم چیزی نمی‌گوید و شاید هم سکوت بیمار به دلیل احترام به پزشک باشد و شاید هم برایش مهم نباشد که البته با طرز نگاهی که به منشی‌ها داشت بعید است.
پزشک همین طور که سؤال می‌پرسد، در حال نوشتن نسخه بیمار است.	به نظر می‌رسد برای پزشک جواب بیمار خیلی اهمیت نداشته باشد؛ چرا که قبل از این که بیمار پاسخ سؤالش را بدهد نسخه را نوشت.
بیمار که خداحافظی می‌کند، پزشک در حال صحبت کردن با منشی در مورد بیمار بعدی است و پاسخ خداحافظی بیمار را نمی‌دهد و بیمار خارج می‌شود.	به نظر می‌رسد پزشک چون با منشی صحبت می‌کرد متوجه خداحافظی بیمار نشد که جوابش را نداد، چون با بقیه بیمارها معمولاً سلام و خداحافظی می‌کند.



شکل ۱: نقشه اتاق پزشک مطب شماره ۱

## جدول ۲. نمونه پروتکل مشاهده، مطب شماره ۲

مشاهده شماره ۴، مطب شماره ۲ طول مدت مشاوره: ۶ دقیقه	
نام مستعار و مشخصات بیمار: پروین، باردار، جوان	
یادداشت‌های توصیفی	یادداشت‌های تحلیلی
مشاهده چیدمان اتاق و شرایط فیزیکی در پایین صفحه.	زاویه‌ای که پزشک و بیمار هنگام نشستن روی صندلی خود با هم می‌سازند، زاویه ۹۰ درجه است. این بهترین زاویه است. چون باعث می‌شود که هر دو طرف بتوانند به یکدیگر نگاه کنند، بدون آن که به یکدیگر خیره شوند. تعبیه کردن محلی برای نشستن همراه بیمار نشان می‌دهد که ورود همراه بیمار بلامانع است. حتماً بیمار پیش‌تر هم به این پزشک مراجعه کرده است. چون منشی پرونده را از داخل فایل پیدا کرد. به نظر می‌رسد این‌جا منظم‌تر از مطب قبلی است. به نظر می‌رسد که بیمار خیلی استرس ندارد یا شاید هم در ظاهر این طور نشان می‌دهد. در این مدت که پزشک پرونده را مطالعه می‌کند، بیمار به پزشک نگاه می‌کند و منتظر می‌ماند تا پزشک صحبت را شروع کند. شاید می‌خواهد آماده باشد تا پزشک سؤالی پرسید جواب بدهد.
بیمار پرونده خود را از منشی می‌گیرد و وارد اتاق پزشک می‌شود. با پزشک سلام و احوالپرسی می‌کند و پرونده را به پزشک می‌دهد.	به نظر می‌رسد پزشک خیلی باحوصله است. در حرکات و رفتارهای نشان‌دهنده از عجله داشتن یا بی‌حوصلگی دیده نمی‌شود. خیلی آرام در پرونده بیمار یادداشت می‌کند.
پرونده بیمار را مطالعه می‌کند، تقریباً ۴۰ ثانیه طول می‌کشد، بعد موردی از پرونده بیمار را زیر لب تکرار می‌کند. «خوب بریم چک بکنم. مشکلی که نداری؟»	به نظر می‌رسد پزشک با لبخند خود می‌خواهد بدون آن که بیمار احساس کند که مورد سرزنش قرار گرفته است، به او بگوید که باید رژیم غذایی‌اش را اصلاح کند. در چهره بیمار هم نشانی از ناراحتی یا استرس دیده نمی‌شود. شاید هم پزشک از این رفتار برای تشویق بیمار به مشارکت در مشاوره استفاده می‌کند یا این که برای ایجاد رابطه‌ای عاطفی است تا از استرس بیمار بکاهد.
پزشک از جای خود بلند می‌شود و به سمت اتاق معاینه می‌رود. پروین هم به دنبال پزشک بلند می‌شود و در حال رفتن به اتاق معاینه از پزشک سؤالی می‌پرسد. پزشک در حالی که به سمت میز خود می‌آید تا موردی را در پرونده بیمار یادداشت کند، پاسخ بیمار را می‌دهد.	به نظر می‌رسد پزشک با نگاه کردن به بیمار به جای آن که به دفترچه بیمار نگاه کند یا خود را سرگرم نوشتن نسخه نماید، می‌خواهد به بیمار این پیام را برساند که فرصت و زمان کافی برای صحبت کردن و سؤال پرسیدن دارد و پزشک به حرف‌های او گوش می‌دهد و یا این که می‌خواهد به بیمار نشان دهد که حرف‌های او ارزش دارد.
پزشک معاینه را ادامه می‌دهد. سپس به سمت میز بر می‌گردد و در حالی که مورد دیگری را در پرونده یادداشت می‌کند، می‌گوید: «در عرض ۲ هفته و پروین در ادامه حرف پزشک با خنده می‌گوید: ۳ کیلو... پزشک با لبخند می‌گوید: چه خبره؟... پروین با خنده بیشتری ادامه می‌دهد: خودتون گفتید همین رژیم رو ادامه بدم.»	
پزشک بعد از تمام شدن چکاپ، پشت میز خود می‌نشیند. بیمار هم که می‌نشاند، پزشک با بیمار در مورد موعد زایمان صحبت می‌کند. هنگامی که بیمار صحبت می‌کند پزشک دستش را زیر چانه خود می‌گذارد و به بیمار نگاه می‌کند و تا صحبت‌های بیمار تمام نشده و همین طور زمانی که پاسخ بیمار را می‌دهد، به بیمار نگاه می‌کند و حرف می‌زند.	



شکل ۲: نقشه اتاق پزشک مطب شماره ۲

کریمی) «این حضور صرف دیگران نیست که سبب برانگیختگی می‌شود، بلکه انتظار قضاوتی است که شخص فکر می‌کند تماشاگران نسبت به عملکرد او خواهند داشت» (۲۸).

مشارکت بیماران با سطح تحصیلی بالا، بیشتر از مشارکت و یا تلاش برای ایجاد رابطه مشارکتی از سوی بیماران با تحصیلات پایین‌تر بود. بیماران با تحصیلات پایین‌تر حتی گاهی که پزشک هر چند کوتاه، فرصتی برای اظهار نظر و یا ابراز نگرانی در اختیارشان قرار می‌داد تلاش چندانی برای مشارکت نمی‌کردند. در واقع این دسته از بیماران ممکن است از مشارکت بیشتر پزشکانشان، احساس ناراحتی نکنند؛ چرا که آن‌ها با نظر پزشکشان موافق هستند. این افراد به دلیل فرهنگ «سلسله مراتبی» که با آن خو گرفته‌اند و نیز برخی به دلیل «مفهوم خودنازل» در برابر پزشکی که وی را در مرتبه‌ای بسیار بالاتر از خود می‌دانند، بنا به ضرب‌المثل معروف خود «دو دستی رابطه‌شان را به پزشک تقدیم می‌کنند».

از میان ۲۸ مورد جریان مشاوره‌های پزشکان با بیماران که مشاهده و ثبت شد، زمان اختصاص داده شده به هر بیمار جهت مشاوره و ویزیت در مطب‌هایی که ویزیت گروهی انجام می‌شد به طور میانگین ۳ دقیقه بود. این مورد در مطب‌هایی که ویزیت انفرادی انجام می‌شد، به طور میانگین ۶ دقیقه بود و در واقع در مطب‌های شماره ۲ و ۴ که در آن‌ها تا حدودی برخی قوانین اخلاق پزشکی رعایت می‌شد، پزشکان زمان بیشتری را برای بیماران در نظر می‌گرفتند و این مورد با نگاهی به فهرست پذیرش روزانه آن‌ها نیز قابل تشخیص بوده است. در این مطب‌ها روزانه به طور معمول بین ۱۸ تا ۳۰ نفر ویزیت می‌شدند؛ در حالی که در مطب‌های شماره ۱ و ۳ بین ۴۰ تا ۶۰ نفر در روز ویزیت می‌شدند. فشار زمان باعث می‌شود توجه کمتری به جنبه‌های اجتماعی و روانی بیماری مبذول گردد و مشاوره یک سویه، غیر مشارکتی و کنترل شده‌تری را می‌پروراند.

با توجه به تحلیل داده‌های به دست آمده از مشاهدات و حساسیت نظری، مشخص شد که در مطب‌های شماره ۱ و ۳ در اکثر موارد رابطه‌ای به شدت «یک سویه و مستبدانه» بین پزشک و بیمار اتفاق می‌افتد که در آن کنترل به دست پزشک

است و در مطب‌های شماره ۲ و ۴ که تا حدودی برخی قواعد و قوانین اخلاق پزشکی رعایت می‌شود، رابطه‌ای «یک سویه و ارباب‌مآبانه» بین پزشک و بیمار در جریان است. در واقع هر دو رابطه ذیل رویکرد «بیمار محوری» یا همان مدل سنتی «پزشکی زیستی» قرار می‌گیرند، اما تفاوت این تعاملات در این است که در رابطه پزشک اتوکراتیک (مستبد)، پزشک بدون آن‌که هیچ توضیحی در مورد بیماری و یا روش درمانی به بیمار بدهد برای بیمار روش درمانی و یا دارویی خاص را تجویز می‌کند. این رابطه بر این فرض استوار است که بیمار هیچ شناختی راجع به بیماری خود ندارد و در نتیجه حق انتخابی برای درمان ندارد و چنان‌چه با ناسپاسی از زحمات پزشک به انتقاد از روش درمانی و یا شرایط خاص ویزیت و یا دیگر موارد مربوط بپردازد «بیمار بد و ناسپاس» لقب می‌گیرد و موجب عصبانیت پزشک می‌شود. گاهی اوقات سؤالاتی از بیمار پرسیده می‌شود و یا توضیحی در مورد تجویزها داده می‌شود که باعث ناراحتی بیمار می‌شود؛ چرا که با وی طوری رفتار می‌شود که گویی هیچ چیز راجع به بیماری و یا مشکلش نمی‌داند و اما در مورد رابطه ارباب‌مآبانه وضعیت کمی بهتر است. در این نوع رابطه پزشک مانند قیم بیمار وارد صحنه می‌شود و با دلسوزی به مشکل بیمار می‌پردازد، تا حدودی هم به صحبت‌های بیمار گوش می‌دهد، به بیمار تا حدودی اجازه اظهار نظر البته در مواردی که خیلی مهم نیست را می‌دهد. بیمار اجازه دارد تا حدودی به نگرانی‌ها و دلواپسی‌های خود اشاره کند و حتی گاهی نظر خود را راجع به شیوه درمانی مورد نظرش بیان کند، اما در نهایت پزشک با دلایلی پیامدهای نامطلوب آن روش را به بیمار گوشزد می‌کند و در آخر بیمار باید به توصیه‌های دلسوزانه پزشک که به خاطر تخصصش از او بیشتر می‌داند، تن دهد و در غیر این صورت خود بیمار ضرر خواهد کرد. در این رابطه نیز کنترل در دست پزشک است و بیمار تنها تا حدودی آن هم با توجه به شرایط خاص و استراتژی‌های خاصی که در پیش می‌گیرد، می‌تواند تلاش کند تا حدی رابطه‌اش را با پزشک به سمت یک رابطه مشارکتی سوق دهد، هر چند این مشارکت هرگز به طور کامل اتفاق نمی‌افتد.

نکته آخر آن که، در جریان تعاملاتی که مورد مشاهده و تجزیه و تحلیل قرار گرفتند، در واقع تأثیری که رفتار مشارکتی بیماران بر ایجاد رفتار مشارکتی از سوی پزشکان داشت، بیش از تأثیری بود که رفتار مشارکتی پزشکان بر روی رفتار بیماران داشته است؛ به این معنی که در این تعاملات، همان اندک بیمارانی که برای داشتن رابطه‌ای مشارکتی با پزشک خود تلاش می‌کردند، باعث می‌شدند که پزشک نیز وارد این روند شود، این در حالی بود که به ندرت پزشکان خود برای ایجاد رفتار مشارکتی پیش‌قدم می‌شدند و به طور معمول این کار را زمانی انجام می‌دادند که این بیماران خاص با رفتار مشارکتی خود، به طور غیر مستقیم این تلاش را از آن‌ها مطالبه می‌کردند.

«ویزیت گروهی» در واقع منجر به «نقض حریم خصوصی»، «بی‌توجهی به اصل رازداری» و «هتک حرمت» بیمار در جریان ویزیت می‌گردد. این موضوع باعث می‌شود که بیمار بسیاری از سؤالات مهم خود را از پزشک نپرسد و از بسیاری از حرف‌های خود فاکتور بگیرد. این «اجتناب از پرسیدن سؤالات مهم» و «بیان نکردن توضیحات کافی» در رابطه با بیماری منجر به «رفتار اجتنابی» بیمار می‌شود که نتیجه آن «عدم کوشش برای ایجاد رابطه‌ای مشارکتی و مراقبت محور» با پزشک است. این شرایط و «حضور دیگر بیماران» در هنگام ویزیت در اتاق پزشک باعث می‌شود که بیمار از روی شرم و خجالت برخی مسایل مهم مربوط به مشکل خود را مطرح نکند و احساس «ناراحتی» و «استرس» کند. وقتی بیمار وارد اتاق پزشک می‌شود و با شلوغی و حضور دیگر بیماران مواجه می‌گردد، بر استرس و بار روانی که به دلیل بیماری با خود به مطب آورده است افزوده می‌شود و این در حالی است که بیماران انتظار دارند وقتی وارد اتاق پزشک می‌شوند با «همدلی» و «توجه» پزشک مواجه شوند و از «استرس» و «فشار روانی» ناشی از بیماریشان کاسته شود؛ در صورتی که پزشک در حال ویزیت کردن بیمار دیگر و یا صحبت کردن با منشی خود است و حتی گاهی متوجه حضور آن‌ها نمی‌شود. در این نوع معاینه، پزشک از ادراک مسایل و مشکلات واقعی بیمار و بیمار از برقراری یک رابطه مطلوب

با پزشک ناتوان و محروم خواهند ماند.

بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت، زمانی که درمانگر از درک و فهم ماهیت شکایت‌ها و ناله‌های بیمار خود عاجز و ناتوان است و یا زمانی که بیمار توانایی درک شیوه درمان را ندارد، نتیجه‌ای جز پیامدهای جدی سلامتی نخواهد داشت. مکالمه بین پزشک و بیمار باید به رسمیت شناخته شود و مهم قلمداد شود نه فقط به خاطر اهمیت تشخیص بیماری، بلکه به این دلیل که ارتباطات خوب و قوی و تعاملات مثبت بین پزشک و بیمار مزایای درمان‌شناسی بسیاری دارد. متأسفانه به دلایلی از جمله موانع زبانی و مشکلات ارتباطی، بیماران بسیاری نمی‌توانند از این تعامل سود ببرند. مطالعات متعددی نشان می‌دهد که مشکلات ارتباطی که حاصل موانع زبانی و فرهنگی هستند، در حال افزایش است و نتیجه آن به تعویق افتادن و یا اجتناب از درمان توسط بیماران است (۲۹).

در «رابطه غیر مشارکتی» پزشک با در دست داشتن کنترل مطلق رابطه، نه تنها خود تلاشی برای ایجاد رابطه‌ای همراه با مشارکت نمی‌کند، بلکه شرایط محیطی و ساختاری حاکم بر مشاوره نیز از رفتار مشارکتی بیمار به شدت می‌کاهد. مهم‌ترین دلیل ایجاد چنین رابطه‌ای در این مطب‌ها، «ویزیت گروهی» بیماران است. زمانی که پزشکی ساده‌ترین قواعد اخلاق پزشکی را که همان حفظ اسرار بیماران است و در فرهنگ عامیانه از آن با عبارت «دکتر محرم بیمار» یاد می‌شود را رعایت نمی‌کند، خواسته یا نادرسته ضربه مهلکی را بر پیکره رابطه خود با بیمارش وارد می‌سازد. در چنین حالتی همان طور که از یافته‌های تحقیق بر می‌آید، حتی اگر بیمار تا حدودی از توانایی برقراری رابطه‌ای اشتراکی با پزشک خود برخوردار باشد، صرف حضور دیگر بیماران به شدت از رفتار مشارکتی آنان می‌کاهد. این عامل در کنار عوامل دیگر می‌تواند به شدت از رفتار مشارکتی پزشک و بیمار بکاهد و به رابطه‌ای غیر مشارکتی بیانجامد.

بیماران اغلب ارتباط با پزشکان خود را مهم‌ترین منبع دریافت پشتیبانی روحی و اطلاعات روان‌شناختی می‌دانند. همدلی یکی از قدرتمندترین راه‌های بهبود کیفیت این پشتیبانی، برای کاهش احساس فاصله داشتن بیماران از

پزشک خود و تصدیق احساسات آن‌ها و یا در واقع معقول و مورد انتظار دانستن این احساسات است.

ارتباط مشارکتی، یک ارتباط پویا و متقابل است که تبادل اطلاعات دو طرفه را بهبود می‌بخشد. نیاز است پزشکان برای بحث و تبادل نظر با بیماران، فرصت گزینش راه درمان، پاسخگو بودن و کنترل بیماری با آنان زمانی را به بیماران اختصاص دهند. بحران و اختلال ناشی از بیماری در کل وضعیت چالش برانگیزی است که می‌تواند باعث احساس درماندگی، ناکامی، پریشانی، عصبانیت، بلاتکلیفی، شکست و ناراحتی گردد. پزشک باید این مسایل احساسی را مهم تلقی کرده، مهارت‌هایش را پیشرفت دهد تا بتواند راه‌حل‌هایی برای حل مشکلات بیمار و اطرافیانش و تشنج‌زدایی از وضعیت آن‌ها بیابد و همچنین با پیدا کردن رابطه بین مشکلات، به یک موفقیت پزشکی دست یابد. بیمار باید احساس کند که پزشکش واقعاً جلب مشکل خاصش شده و به معلومات و قابلیت‌های بیمار اعتماد می‌کند. «نمی‌دانم، می‌خواهم سعی کنم تا بفهمم، شاید راه‌حل‌هایش دست شماست، شاید با همدیگر خواهیم فهمید» صحبت‌هایی با این سبک برای بیمار پذیرفتنی است به شرطی که با حرفه‌ای‌گری و قرار دادن خود به جای بیمار همراه باشد. به نظر Oosterman (به نقل از Bouckennaere)، «پزشک باید بپذیرد که هیچ چیز متوجه نشده است، نادانی لازم برای این‌که به دیگری زمان و فضا بدهد تا ذهنیت خود را بیان کند» (۳۰).

بیمار باید پذیرش بدون محدودیت واقعیتش را احساس کند که بیش از این‌که پزشکی باشد، واقعیتی کاملاً منحصر به تجربه شخصی است. تنها پذیرش عمیق این مسأله توسط پزشک، می‌تواند به پزشک اجازه دهد که از تأیید درستی نظرش با ازدیاد آزمایش‌های پاراکلینیکی چشم‌پوشی کند. بیمار باید احساس کند که پزشکش به طور واقعی تحت تأثیر دردش قرار گرفته است. «خود را جای بیمار گذاشتن» عامل تعیین کننده‌ای در نزدیک شدن به اشخاص مبتلا به بیماری است (۳۰).

آگاهی از تأثیر پیام‌های غیر کلامی و به کارگیری صحیح آن‌ها در روابط درمانی نیز بسیار مهم است؛ چرا که همان

گونه که پزشک، بیمار را در طول مصاحبه مشاهده می‌کند، بیمار نیز پزشک را نظاره خواهد کرد. پزشک آگاهانه و ناآگاهانه با کلمات و رفتار خود پیام‌هایی می‌فرستد که باید نسبت به این پیام‌ها حساس بوده و تا آن‌جا که می‌تواند آن را کنترل کند. حالت چهره، نگاه و کلمات همگی می‌توانند بیانگر علاقه، پذیرش و درک پزشک باشند.

انتخاب یک محیط مناسب ارتباط را بهتر می‌کند. بنابراین محیط مشاوره باید تا آن‌جا که ممکن است خصوصی و آرام‌بخش انتخاب شود تا هم پزشک و هم بیمار در شرایط مناسبی برای ارتباط قرار گیرند. موقعیت پزشک و بیمار نسبت به هم باید به گونه‌ای باشد که بتوانند یکدیگر را به طور کامل ببینند و ترجیح بر آن است که در سطح چشمان هم قرار گیرند تا ارتباط چهره به چهره بیشتری را امکان‌پذیر سازد. مسأله مهم دیگری که پزشک باید در رابطه با محیط و عوامل محیطی اثرگذار بر ارتباط در نظر داشته باشد، راحتی بیمار است. یک موقعیت نامناسب و یا حضور دیگر بیماران در اتاق پزشک و یا حتی حضور منشی‌ها و دستیاران پزشک موجب ناراحتی بیماران را فراهم می‌کند و پیامدی جز رفتار اجتنابی بیمار نخواهد داشت.

### نتیجه‌گیری

شناخت جنبه‌های زیستی، اجتماعی و فرهنگی بیماری می‌تواند بر شیوه ارتباطی پزشک در برخورد با بیمار و درک بهتر و عمیق‌تر مسایل و مشکلات جسمی و روحی آنان تأثیر گذاشته و حتی پزشک را در رسیدن به تشخیص صحیح و انتخاب و ارایه گزینه درمانی مناسب و کارآمد - که مورد پذیرش بیمار قرار گرفته و با خواسته‌های او مطابقت بیشتری داشته باشد - یاری کند که البته این توانمندی موجب موفقیت پزشک در جلب رضایت و اعتماد بیمار و همکاری و مشارکت بهتر و بیشتر در درمان و در نتیجه اثربخشی و موفقیت درمان می‌گردد. این مسأله که بیماران در اکثر موارد پزشکی را که از لحاظ فرهنگی و ارزشی تشابه و نزدیکی بیشتری با آنان دارد ترجیح می‌دهند، خود شهادی بر اهمیت و تأثیر عوامل اجتماعی - فرهنگی در ارتباط میان پزشک و بیمار است.

پزشکان متخصص بود؛ در مقایسه با درمانگاه و بیمارستان محدودیت‌های خاص خود را داشت. برخی پزشکان با حضور محقق در مطب شخصی خود موافقت نمی‌کردند. از آن‌جا که در شهر اهواز و به ویژه در مطب‌های خصوصی پزشکان، کارهای تحقیقاتی زیادی انجام نمی‌شود، بسیاری از بیماران با تردید با محقق همکاری می‌کردند.

### تشکر و قدردانی

از سرکار خانم دکتر شیرین احمدنیا، عضو محترم هیأت علمی دانشگاه علامه طباطبائی، به دلیل راهنمایی‌ها و کمک‌های بی‌دریغشان سپاسگزاری می‌گردد.

بنابراین نکته مهم این است که موفقیت پزشکان نه فقط به دانش و مهارت‌های بالینی آن‌ها، بلکه به ماهیت رابطه اجتماعی بین آن‌ها و بیماران بستگی دارد. البته به نظر می‌رسد که برای تبیین بیشتر و بهتر مسأله رابطه پزشک و بیمار به ویژه مسأله‌یابی دقیق‌تر شیوه در حال رواج معاینه گروهی بیماران، انجام تحقیقات کیفی بیشتری برای روشن‌تر شدن توقعات و انتظارات بیماران و دیدگاه‌های آنان حول این رابطه ضرورت دارد.

### محدودیت‌ها

از مهم‌ترین محدودیت‌های تحقیق حاضر می‌توان به محل آن اشاره کرد. از آن‌جا که محل پژوهش، مطب‌های خصوصی

### References

1. Arora NK. Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. Soc Sci Med 2003; 57(5): 791-806.
2. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ 1995; 152(9): 1423-33.
3. Roter DL. Physician/patient communication: transmission of information and patient effects. Md State Med J 1983; 32(4): 260-5.
4. Bredart A, Bouleuc C, Dolbeault S. Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. Curr Opin Oncol 2005; 17(4): 351-4.
5. Lee SJ, Back AL, Block SD, Stewart SK. Enhancing physician-patient communication. Hematology Am Soc Hematol Educ Program 2002; 464-83.
6. Platt FW, Keating KN. Differences in physician and patient perceptions of uncomplicated UTI symptom severity: understanding the communication gap. Int J Clin Pract 2007; 61(2): 303-8.
7. Herndon JH, Pollick KJ. Continuing concerns, new challenges, and next steps in physician-patient communication. J Bone Joint Surg Am 2002; 84-A(2): 309-15.
8. Kinnersley P, Stott N, Peters TJ, Harvey I. The patient-centredness of consultations and outcome in primary care. Br J Gen Pract 1999; 49(446): 711-6.
9. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. BMJ 2001; 323(7318): 908-11.
10. Britten N, Stevenson FA, Barry CA, Barber N, Bradley CP. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. BMJ 2000; 320(7233): 484-8.
11. Swenson SL, Buell S, Zettler P, White M, Ruston DC, Lo B. Patient-centered communication: do patients really prefer it? J Gen Intern Med 2004; 19(11): 1069-79.
12. Hall JA, Roter DL, Rand CS. Communication of affect between patient and physician. J Health Soc Behav 1981; 22(1): 18-30.
13. Brinkman WB, Geraghty SR, Lanphear BP, Khoury JC, Gonzalez del Rey JA, Dewitt TG, et al. Effect of multisource feedback on resident communication skills and professionalism: a randomized controlled trial. Arch Pediatr Adolesc Med 2007; 161(1): 44-9.
14. Tongue JR, Epps HR, Forese LL. Communication skills for patient-centered care: research-based, easily learned techniques for medical interviews that benefit orthopaedic surgeons and their patients. J Bone Joint Surg Am 2005; 87(3): 652-58.
15. Harmon G, Lefante J, Krousel-Wood M. Overcoming barriers: the role of providers in improving patient adherence to antihypertensive medications. Curr Opin Cardiol 2006; 21(4): 310-5.
16. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. Med Care 1989; 27(3 Suppl): S110-S127.



17. Adler HM. The sociophysiology of caring in the doctor-patient relationship. *J Gen Intern Med* 2002; 17(11): 874-81.
18. Jaafarian A, Parsapoor A, Hajtorkhani A, Asghari F, Emami Razavi SH., Yalda A. Analysis files of complainments into Tehran's medicine legislation organization during ۱۹۹۱, ۱۹۹۶ and ۲۰۰۱ years. *Iran J Med Ethics Hist Med* ۲۰۰۱; 1(4): 67-73
19. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 2002; 325(7366): 697-700.
20. Halpern J. From detached concern to empathy: humanizing medical practice: humanizing medical practice. New York, NY: Oxford University Press; 2001.
21. Emadzadeh A, Yavari M, Ebrahimzadeh S, Ahmadian N. Relationship skills analysis of dentistry special assistant and their effects on patients satisfaction in Mashhad university of medical sciences. *Journal of Mashhad Dental School* 2004; 28(1-2): 69-76.
22. Banerjee A, Sanyal D. Dynamics of doctor-patient relationship: A cross-sectional study on concordance, trust, and patient enablement. *J Family Community Med* 2012; 19(1): 12-9.
23. Marshall C, Rossman G. Designing qualitative research. Trans. Parsayan A, A'arabi SM. Tehran, Iran: Cultural Research Bureau; 2007.
24. Hariri N. Principles and methods of qualitative research. Tehran, Iran: Science and Research Branch Islamic Azad University; 2006.
25. Flick U. An introduction to qualitative research. Trans. Jalili H. Tehran, Iran: Nashr Ney; 2009.
26. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: Grounded theory, procedures and techniques. Trans. Mohammadi B. 2<sup>nd</sup> ed. Tehran, Iran: Institute of humanities and cultural studies; 2012.
27. Borden RJ. Audience influence. In: Paulus PB, editor. *Psychology of group influence*. 2<sup>nd</sup> ed. L. Erlbaum; 1989. p. 401-19.
28. Karimi Y. Social psychology. Tehran, Iran: Arasbaran publishers; 2011.
29. Chien-Yu CH. The analysis of communication problems and language barriers between patients and physicians in California. [MSc Thesis]. Taichung, TZ: Chung Shan Medical University; 2010.
30. Bouckennaere D. La douleur chronique et la relation medecin-malade. *Cahiers de Psychologie Clinique* 2007; (28): 167-83.

## Physician-Patient Relationship: Ethnography of Multiple Patient Visits at Private Offices of Doctors

Masoumeh Shafati<sup>1</sup>, Mohammad Javad Zahedi<sup>2</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** The ways in which doctors and patients interact, have an incredible impact on the quality of treatment and improvement of the disease. Although most researches agree on the impact of these relationships on the quality of healthcare, not many researches and practical work have been done on this very important field. Moreover, recently the multiple patient visit phenomenon (seeing several patients simultaneously) at the doctor's offices, especially obstetricians, is becoming common, which is clearly far from the ideal doctors-patient relationship patterns.

**Method:** In the current research the ethnographic qualitative approach has been used. For collecting data qualitative method of participatory observation and for data analysis the procedure of theoretical coding have been used. The target community is the women going to obstetricians' offices in Ahvaz, from which 28 cases of interactions between these patients and doctors have been chosen and observed through judgment sampling.

**Results:** In the coding step the patients' verbal behavior in terms of 3 minor categories of asking questions, expressing concerns, comments and suggestions are subcategories for the major category of "patient participatory behavior". Furthermore, the doctor's verbal behavior is the main subcategory, and encouraging the patients to talk more, and respecting the patients' ideas and beliefs are the secondary subcategories of "doctor participatory behavior". Patients' and doctors' non-verbal behavior in the process of interactions has been recorded and put in the final analysis through filling out the observation protocol, and field notes.

**Conclusion:** According to the analysis of the obtained data, only a few doctor-patient interactions at the studied doctors' offices were real evidence of participatory behavior. This behavior was observed far less in offices with multiple patient visits than in other offices. Understanding biological, social, and cultural aspects of the disease can affect the doctor's communication with the patient. It can even help the doctor in understanding the patients' issues and mental or physical problems, reaching an accurate diagnosis of the disease, and choosing appropriate and efficient treatment.

**Keywords:** Physician-patient relationship, Doctor's office, Patients, Multiple patient visits, Participatory observation, Ecology

**Citation:** Shafati M, Zahedi MJ. **Physician-Patient Relationship: Ecology of Multiple Patient Visits at Private Offices of Doctors.** J Qual Res Health Sci 2013; 2(1): 46-61.

Received date: 08.01.2013

Accept date: 26.02.2013

1- Department of Social Sciences, Payam e Noor University, Tehran, Iran

2- Associate Professor, Department of Social Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran

**Corresponding Author:** Masoumeh Shafati, Email: sa.shafati@gmail.com